

Incerteza e Curiosidade: Acerca de Cada Doente

Uncertainty and Curiosity: About Each Patient

J. Vasco Barreto
Editor Associado

“Ironically, only uncertainty is a sure thing. Certainty is an illusion”¹

A maneira como nos relacionamos com a informação médica tem sofrido grandes mudanças. Comecei o internato em 2001. Nessa altura, eu e o meu orientador fazíamos uma visita semanal à biblioteca para escolher bons artigos das revistas de referência (tínhamos um cartão para fotocópias *self-service*). Quando nos assaltavam dúvidas sobre questões de fundo, íamos buscar o Harrison, o Cecil e o Oxford, calcorreávamos capítulos e tabelas, comparávamos datas de edição e muitas vezes acabávamos ainda insatisfeitos. O Serviço tinha dois ou três computadores sem internet, que utilizávamos sobretudo para processar texto (fazer notas de alta informatizadas era moderno). Desde então, estima-se que o conhecimento médico tenha pelo menos crescido oito vezes.² Hoje ninguém fotocopia artigos, ninguém lê tratados. E, perante a ameaça de uma dúvida, a nossa mão já desbloqueou o *smartphone* e começou a deambular por um qualquer oráculo imaterial. É mais prático, mais rápido, mais ecológico - mas continuamos a chegar ao fim do dia insatisfeitos, porque é da natureza da actividade médica ter dúvidas, ficar com dúvidas, conviver com elas.

Os congressos servem para um conjunto de coisas importantes, como sejam o estabelecimento e reforço de redes de contactos, de projectos, de ideias; a exposição pública do trabalho dos Serviços; a construção identitária da própria especialidade. Nem tudo é ciência, num congresso. E, mesmo quando assistimos a uma sessão mais puramente teórica, nem sempre de lá saímos com mais certezas. Repare-se em duas das novas tipologias de sessão experimentadas no 23º Congresso Nacional de Medicina Interna, em Maio deste ano no Porto. Nos “Casos Clínicos Interactivos”, perguntas abertas eram lançadas à audiência e depois comentadas por um painel de peritos; a maior parte das vezes não havia apenas uma resposta certa e os comentadores raramente concordavam entre si.

Nos “Encontros com o Perito”, o lema era “traga as suas dúvidas e leve outras incertezas”.

Também no 23º Congresso, pudemos ouvir grandes figuras da Ciência e da Medicina, que não nos deixaram mais sossegados. Alexandre Quintanilha fez-nos questionar sobre algumas novidades das biociências e os limites da sua aplicação ao serviço do bem-estar humano. Jerome Groopman e Pamela Hartzband, autores de vários livros sobre raciocínio e decisão clínica, fizeram uma interessantíssima demonstração sobre como as decisões clínicas são tanto melhores quanto mais bem adaptadas ao perfil psicológico de cada doente, relativizando a importância de “cumprir as *guidelines*”.

Na verdade, quando nos debruçamos mais sobre este assunto descobrimos que, no mundo real, só cerca de metade das nossas decisões são consistentemente baseadas na evidência.³ Nas próprias *guidelines*, apenas um terço das recomendações são baseadas em evidência de qualidade; e mais de um terço dos ensaios clínicos tem debilidades metodológicas.⁴ O que nos sobra, então?

Avisou-nos Osler, há mais de 100 anos,⁵ mas também muito recentemente Arabella Simpkin, que em Medicina pisamos muitas vezes o território da incerteza. Esta autora refere, num artigo de perspectiva de Novembro de 2016,¹ que tolerar a incerteza e ser curioso em relação ao desconhecido são duas das chaves para a sobrevivência da profissão médica. Diz mais: uma vez que no Século XXI uma boa parte das nossas tarefas rotineiras será executada por computadores, o papel do médico será cada vez mais desempenhado nas “áreas cinzentas”, onde teremos que saber ajudar os nossos doentes a viverem com a incerteza (do diagnóstico, do tratamento, do prognóstico).

Esta digressão sobre incerteza e sobre o Congresso Nacional transportou-me até um dos episódios mais marcantes da minha vida profissional: o meu encontro com Lawrence Weed em 2011, por ocasião do 17º Congresso. Nessa altura, tínhamo-lo convidado para vir falar, pensávamos nós, sobre registo médico orientado por problemas (RMOP, ou POMR), que o próprio tinha “inventado” em 1968⁶ e que a escola do Hospital de Santo António seguira quase religiosamente nas décadas seguintes.⁷ Mas Weed, aos 87 anos, tinha outra agenda, uma vez que tinha acabado de escrever um livro – extremamente provocatório –

chamado *Medicine in Denial*,⁸ em que colocava em causa o papel tradicional do médico e explicava até à exaustão a razão de ser da sua “segunda invenção”: os *Problem-Knowledge Couplers* (PKC), uma ferramenta informática que, alimentada por uma base de dados de milhares de doentes e por evidência continuamente actualizada a partir da literatura médica, seria capaz de nos ajudar no diagnóstico e nas decisões terapêuticas com uma capacidade que a nossa memória, sem acessórios, nunca poderia alcançar.

Discutimos alguns destes assuntos durante os jantares do congresso, mas o cenário era evidentemente o mais adverso a uma conversa profunda que se pode imaginar, a ponto de, para quebrar o gelo, eu ter chegado a fazer uma pergunta sobre a nossa gastronomia e receber um olhar espantado e uma resposta vaga, de recurso, sobre astronomia. Talvez, para o padrão de sociabilidade que é devido nos corredores do *networking*, eu fosse ainda demasiado ingénuo e ele já demasiado fraco de ouvidos. E talvez por isso, para meu privilégio, trocámos ainda uma meia dúzia de e-mails depois do congresso. Weed queria saber que impacto tivera em Portugal. Não resisto a transcrever uma passagem do texto que lhe mandei:

(...) I have always worked in a problem-oriented matrix. I am so used to it I don't even conceive working otherwise. And POMR teaches us the importance of tolerating ambiguity, the necessity of dealing with imprecise symptoms and syndromes instead of feeling the urge of forcing a diagnosis. (...) Many times I finish my notes with "P) Analgesics; I'm going to study.". (...) One of these days I was invited to a make a conference about community-acquired pneumonia, in which I was asked to review the treatment options for outpatients. After revisiting the major points of discussion and the differences between American and European guidelines, I ended with this idea: "don't forget that every patient is unique, or at least very rare – he represents 0.00000014% of the world population – but he is in front of you and he needs a good evaluation, a wise decision and your most effective communication skills".

Em 2015, Weed já não se sentiu capaz de corresponder ao meu convite para escrever um artigo na nossa revista. No entanto, a ele e a outros mestres tenho a agradecer terem-me ajudado a tolerar a incerteza, terem-me ensinado a conviver com a incerteza e mesmo a cultivá-la com boas perguntas.

Nota: Já depois de escrito este Editorial, o Prof. Lawrence Weed faleceu, em 3 de Junho, aos 93 anos. ■

REFERÊNCIAS

1. Simpkin AL, Schwartzstein RM. tolerating uncertainty – the next medical revolution? *N Engl J Med*. 2016;375:1713-5.
2. Densen P. Challenges and opportunities facing medical education. *Trans Am Clin Climatol Assoc*. 2011;122:48-58.
3. Ernst E. How much of general practice is based on evidence? *Br J Gen Pract*. 2004;54:316.
4. McAlister FA, van Diepen S, Padwal RS, Johnson JA, Majumdar SR. How evidence-based are the recommendations in evidence-based guidelines? *PLoS Med*. 2007; 4:e250.
5. Bean RB, Bean WB. Sir William Osler: aphorisms from his bedside teachings and writings. New York: Henry Schuman; 1950.
6. Weed LL. Medical Records that guide and teach. *N Engl J Med*. 1968;278:593-600, 652-7.
7. Barreto JV, Paiva P. O registo clínico orientado por problemas. *Rev Port Med Int*. 2008;15:201-6.
8. Weed LL, Weed L. *Medicine in Denial*. Philadelphia: CreateSpace Independent Publishing Platform; 2011.